



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2014/2015

Pedro Nuno de Frias Marques Gonçalves

Cuidados de Saúde Primários:

Importância e Perspectivas

março, 2015

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Pedro Nuno de Frias Marques Gonçalves
Cuidados de Saúde Primários:
Importância e Perspectivas

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Bioética

Tipologia: Monografia

Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Doutora Guilhermina Maria da Silva Rêgo

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:
Arquivos de Medicina

março, 2015

FMUP

Eu, Pedro Nuno de Frias Marques Gonçalves, abaixo assinado, nº mecanográfico 200901363, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 23 / 03 / 2015

Assinatura conforme cartão de identificação:

Pedro Nuno de Frias Marques Gonçalves

NOME

Pedro Nuno de Frias Marques Gonçalves

CARTÃO DE CIDADÃO OU PASSAPORTE (se estrangeiro)

E-MAIL

TELEFONE OU TELEMÓVEL

13784454

pedronunog@hotmail.com

916217719

NÚMERO DE ESTUDANTE

DATA DE CONCLUSÃO

200901363

20/03/2015

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Bioética

TÍTULO DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA (riscar o que não interessa)

Cuidados de Saúde Primários: Importância e Perspectivas

ORIENTADOR

Guilhermina Maria da Silva Rêgo

COORDINADOR (se aplicável)

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/Monografia (riscar o que não interessa) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 23 / 03 / 2015

Assinatura conforme cartão de identificação:

Pedro Nuno de Frias Marques Gonçalves

Dedico esta Tese de Mestrado aos meus pais,
por tornarem possível o meu crescimento constante
e me ensinarem a querer sempre ser melhor

ÍNDICE

Resumo.....	2
Abstract.....	3
Introdução.....	4
Equidade: Definição e Aplicação à Saúde.....	6
Análise da Evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.....	9
Cuidados de saúde Primários : Enquadramento Atual.....	13
Equidade no Acesso aos Cuidados de saúde primários: Onde nos Situamos.....	17
Análise de caso: ACES Maia/ Valongo.....	19
Material e Métodos	
Caracterização organizativa e funcional	
Análise Populacional	
Seleção de Indicadores de Equidade	
Análise estatística	
Resultados.....	21
Discussão de Resultados.....	23
Bibliografia.....	26
Tabela 1.....	28
Figura 1.....	29
Figura 2.....	30
Figura 3.....	31
Figura 4.....	32

Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde

Primários

Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários

Pedro Nuno de Frias Marques Gonçalves

Guilhermina Maria da Silva Rêgo

Faculdade de Medicina da Universidade de Porto

Correspondência:

Pedro Nuno de Frias

Morada: 4425-512 Maia

Telefone: 916217719

Email: pedronunog@hotmail.com

Contagem de Palavras:

Resumo: 153

Abstract: 146

Texto Principal: 4857

Resumo

A Equidade no Acesso aos cuidados de saúde primários é, cada vez mais, um determinante importante da qualidade da saúde de uma dada população, devendo ser constantemente avaliada e aprimorada.

Este trabalho apresenta uma análise do conceito de equidade e da sua aplicação ao sector da saúde, bem como uma cronologia focando os principais momentos definitivos na evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Procurou-se ainda avaliar o ACES Maia/Valongo relativamente a indicadores de equidade no acesso à saúde, tais como percentagem de utentes sem médico atribuído, proporção de doentes por médico, realização de visitas domiciliárias e percentagem de consultas realizadas por médico de família.

A análise estatística foi feita através da aplicação de curvas de Lorenz, com cálculo subsequente do índice de Gini.

Foram encontradas iniquidades dentro das diferentes valências do ACES, relativamente à percentagem de utentes sem médico atribuído e à taxa de visitas domiciliárias por médico e enfermeiro.

Abstract

Equity in access to Primary Health Care is increasingly an important quality determinant of a given population's health quality and must be constantly evaluated and improved.

This paper presents an analysis of the concept of equity and its application to the health sector as well as a chronology focusing on the key defining moments regarding the evolution of Primary Health Care in Portugal.

Efforts were also made to evaluate the ACES Maia/Valongo regarding indicators of equity in access to health care, such as proportion of users without doctor attributed, proportion of patients per doctor, home visits conducted and percentage of visits by family doctor.

Statistical analysis was made by applying Lorenz curves, with subsequent calculation of the Gini index.

Inequities were found within the different resources of the ACES, on the percentage of users without doctor assigned and home visits rate by doctors and nurses.

Introdução:

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) representam a primeira linha de contacto da população geral com o Sistema de Saúde (1), desempenhando o papel de prestador essencial de cuidados de saúde (*caretaker*) e de elemento selecionador e encaminhador (*gatekeeper*), estratificando os pacientes pelos níveis de diferenciação que compõem o Sistema de Saúde.

Em Portugal, sobretudo após o estabelecimento formal do Serviço Nacional de Saúde em 1979, os CSP sempre constituíram o desejado papel fulcral na organização dos cuidados de saúde (2) e, como tal, foram constantemente alvo de alterações estatutárias e legislativas visando a melhoria progressiva dos seus índices de eficiência, eficácia, equidade e satisfação dos utentes (3).

Mais de quatro décadas de reformas sucessivas culminaram na atual organização a que se assiste, sobre alguns aspetos da qual incidirá este trabalho.

O problema da equidade no acesso aos CSP, bem como a necessidade da sua eliminação, coloca-se hoje mais do que nunca, tendo em conta a crescente dificuldade com que se debatem os níveis mais diferenciados dos sistemas de saúde(4), sendo defensável que, com uma otimização do acesso de toda a população aos CSP, a sobrelotação dos cuidados hospitalares diminua.

Adicionalmente, saliente-se que o cumprimento dos desígnios da Declaração de Alma-Ata está ainda incompleto, como ficou patente na XIII Conferência Ibero-Americana de Ministros da Saúde (2011), em parte porque o acesso da totalidade da população a CSP “equitativos, inclusos, universais, oportunos e transformadores” ainda não se verifica (5).

Analisando a problemática em causa, facilmente se compreende que a equidade no acesso aos cuidados de saúde é, antes de mais, uma questão de

justiça social (6), que se reveste de causas e soluções que extravasam as competências dos intervenientes diretos nos Cuidados de Saúde, envolvendo toda a sociedade a uma escala internacional (6). Assim, CSP orientados para a equidade necessitam de intervenções governamentais e legislativas que reconheçam o seu papel essencial e as suas problemáticas inerentes (4).

Importa ainda destacar que, na conjuntura económico-financeira que atravessamos, o setor da Saúde tem sofrido maior escassez e necessidade de racionamento de recursos, pelo que é essencial salvaguardar que, em questões de equidade, como em outras, não haja atingimento da qualidade dos serviços prestados à população (7).

Deste modo, na elaboração deste documento, procurou-se numa fase inicial compreender o conceito de equidade, e, neste caso particular, relacioná-lo com o acesso aos cuidados de saúde.

Seguidamente procurou-se compreender, numa perspetiva histórica, a evolução conceptual e legislativa dos Cuidados de Saúde Primários, relacionando-a com eventuais melhorias no acesso aos mesmos.

Resumiu-se, ainda, o estado atual de funcionamento e organização das várias vertentes dos CSP, de modo a enquadrar a análise de caso.

Finalmente apresenta-se uma análise do ACES Maia/Valongo, evidenciando os indicadores de equidade no acesso à saúde.

Equidade : Definição e Aplicação à Saúde.

O Conceito de Equidade é transversal a várias áreas das ciências e humanidades e em todas elas a sua aplicação e compreensão assumem um papel de grande importância. Adicionalmente tem-se verificado um aumento do interesse pela equidade em saúde, no seio das organizações políticas e sociais, tanto a nível nacional como internacional (8),(9), sendo que o reconhecimento de uma prestação desequilibrada de cuidados de saúde é uma das forças motrizes do desejo de mudança dos sistemas de saúde (10).

Adicionalmente, o papel do Estado deve, aqui, ser entendido como um papel de diminuição de desigualdades entre classes sociais, bem como de promotor do acesso aos cuidados de saúde (11), sendo a sua acção um essencial determinante de equidade.

Na sua Constituição, a OMS define o direito à saúde como o direito aos mais altos padrões de saúde possíveis (12), podendo estes ser entendidos como aqueles dos quais gozam os grupos socialmente mais favorecidos dentro de uma sociedade (9).

Uma das definições aceites para a equidade, que a apresenta de uma forma agregadora das dimensões que constitui, é a de que a equidade significa justiça social, sendo um conceito ético alicerçado nos princípios da justiça distributiva (9). No que à saúde concerne, a equidade pode ser compreendida como a ausência de disparidades sistemáticas na saúde ou nos seus determinantes sociais, entre grupos sociais diferentes, com *backgrounds* distintos, explicáveis por diferenças de *background* (9) .

A compreensão desta definição requer algumas clarificações. Primeiramente, saliente-se que a equidade tem o seu foco na distribuição dos recursos, visando

debelar desigualdades sistemáticas entre grupos mais ou menos socialmente desfavorecidos, promovendo a igualdade de oportunidades para ser saudável (9).

As iniquidades podem ser então definidas como diferenças desnecessárias e injustas existentes entre populações de áreas geográficas ou contextos socioeconómicos diferentes (13). A título de exemplo, observam-se piores taxas de sobrevida em grupos economicamente mais desfavorecidos (13) estando estes indivíduos sujeitos a uma maior carga de doença e de défice funcional mais precocemente no decurso da sua vida (13).

Para melhor compreender o que pode constituir uma iniquidade, importa compreender quais os determinantes sociais de equidade em saúde. A este propósito, a OMS elaborou através da sua Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde um documento que os enumera, propondo soluções para promover a equidade em saúde globalmente. Assim, a OMS divide os determinantes sociais da saúde em determinantes estruturais e condições de vida quotidianas (14), definindo que é sobre eles que é necessário atuar para eliminar o seu potencial de influência sobre as diferenças na saúde, eliminando as iniquidades (14).

Em 1993, Whitehead definiu, também, 7 determinantes sociais da saúde, sendo que destes, pela sua natureza evitável e injusta em contextos sociais distintos, se destacam: “Acesso inadequado aos cuidados essenciais de saúde e outros serviços públicos; Mobilidade social relacionada com a saúde, incluindo a tendência para a descida social inerente ao indivíduo doente” (13). Braveman e Guskin definem, também, três determinantes sociais chave da saúde: condições de habitação, condições de trabalho e capacidade de acesso a cuidados de saúde (10).

Destas definições, depreende-se que a capacidade dos utentes terem acesso eficiente e efetivo aos cuidados de saúde compagina um determinante essencial do *status* de equidade na saúde de um país e de um sistema de saúde,

pelo que a sua análise se reveste de acrescida importância.

Entendendo a equidade como uma dimensão major da qualidade dos serviços de saúde (10) e o acesso à saúde como um dos seus principais determinantes sociais, facilmente se depreende que a equidade no acesso é hoje uma medida de qualidade dos diversos sistemas de saúde mundiais e, de uma forma particular, dos sistemas públicos de saúde, como o Serviço Nacional de Saúde (1).

Os aspetos que influenciam o acesso aos cuidados de saúde podem dividir-se em fatores socioeconómicos e geográficos. Dentro dos fatores socioeconómicos, a incapacidade de possuir transporte próprio ou recorrer aos transportes públicos (por impossibilidade monetária ou cobertura insuficiente por parte dos serviços de transporte), bem como a impossibilidade económica de recorrer aos serviços de saúde podem ser entendidos como fatores de iniquidade (11). As condições geográficas do indivíduo podem influenciar a sua capacidade de usufruir, de forma mais ou menos célere, dos cuidados de saúde (8). Devem ainda ser salientados os casos de utentes com necessidades especiais que, pela própria patologia, necessitem de valências específicas de transporte, dos quais são exemplo os doentes diabéticos já submetidos a amputação de membro inferior, cujo transporte requer dispositivos especializados.

Consequentemente, a atuação visando promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde deve incidir quer sobre uma otimização dos mecanismos de identificação dos indivíduos em maior risco de não-acesso, quer por uma promoção nacionalmente concertada de um sistema de CSP mais acessível quer do ponto de vista físico, quer do ponto de vista económico.

Análise da Evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Os Cuidados de Saúde Primários apresentam-se como uma parte fulcral do sistema de saúde português, correspondendo à primeira linha de contacto do cidadão com a saúde, promovendo iniciativas no âmbito da saúde pública, prevenção da doença e promoção da saúde (1).

De modo a melhor compreender e enquadrar a situação atual dos CSP, apresenta-se seguidamente um resumo sumário dos eventos mais marcantes do seu desenvolvimento:

A 25 de Abril de 1946, o Decreto-Lei nº35 311, estabeleceu a Federação das Caixas de Previdência, o que, conjuntamente com o início de um sistema primitivo de Segurança Social, (“Serviços das Caixas” que visavam os trabalhadores por conta de outrem) marcam o início de uma preocupação com o acesso generalizado à proteção da saúde (15).

Em 1971, e por meio do Decreto-Lei 413/71 – Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, foi criada a primeira rede de Centros de Saúde (responsáveis pela vacinação, vigilância da saúde, saúde ambiental e escolar).

A reforma de 1971 foi, efetivamente, a mais marcante até então, tendo-se baseado num relatório intitulado “Para uma Reforma do Ministério da Saúde e Assistência” (2), estruturando o sistema de cuidados de saúde. Os Centros de Saúde passaram a ser encarados como a porta de entrada efetiva no sistema de saúde, ficando o acesso aos hospitais reservado para casos com maior necessidade de apoio. Para evitar iniquidades, a integração dos Serviços das Caixas de Previdência nos Centros de Saúde foi imediata (2).

Numa tentativa de reduzir a escassez de médicos nas zonas rurais, tendencialmente mais periféricas, foi criado, por despacho em 19 de Março de 1975,

o Serviço Médico à Periferia, visando o deslocamento de médicos recém-formados para áreas rurais, afastando-os dos centros urbanos (2).

Em 1978 realizou-se a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários em Alma-Ata, da qual resultou a Declaração de Alma-Ata, definidora dos Cuidados de saúde Primários : “(...)cuidados essenciais de saúde (...) ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade.

Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.” (16).

A Declaração define ainda os objetivos dos CSP, nomeadamente o de proteção, cura, reabilitação e educação para a saúde (16).

Em 1979 foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS), com base nos princípios da universalidade, globalidade e gratuidade (1).

O Despacho Normativo nº 97/83, de 22 de Abril, estabeleceu a integração dos Centros de Saúde existentes com os postos dos Serviços Médico-Sociais, de modo a garantirem total cobertura do território nacional, surgindo assim os Centros de Saúde de Segunda Geração.

Em 1990, a Lei de bases da saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto), estabelece que a responsabilidade pela saúde passa a ser partilhada pela sociedade, pelo Estado e pelo indivíduo, apresentando o direito à saúde como materializado através de um SNS universal, geral e tendencialmente gratuito. Este Decreto-Lei, definiu a divisão do território nacional em regiões de saúde, base das atuais ARS (17).

Em 1993, procurando uniformizar e aumentar a eficiência da gestão dos Cuidados de Saúde, é aprovado o novo estatuto do SNS (Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro) que estabeleceu a integração, materializada pelas ARS, entre CSP e cuidados diferenciados, visando aumentar a inter-relação entre ambas as vertentes do SNS, melhorando o acesso da população a todas as dimensões de serviços prestados pelo mesmo (15).

O Decreto-Lei nº60/2003 de 1 de Abril estabelece a rede de Cuidados de Saúde Primários, modelo que se pretende “mais próximo dos cidadãos, das suas famílias e comunidades, simultaneamente mais eficiente, socialmente mais justo e solidário. “ (18), anulando a legislação anterior, nunca posta em prática, que estabelecia os CS de Terceira Geração (Decreto-Lei nº157/99). Segundo este Decreto-Lei, e considerando os problemas reconhecidos de acessibilidade e iniquidade, os CSP dever-se-iam manter tendencialmente gratuitos, universais e continuados, sendo ainda encetados esforços no sentido de descentralizar e desburocratizar os CSP, permitindo que “para além do papel fundamental do Estado, possam coexistir entidades de natureza privada e social.”(18).

Outra alteração implementada com a aprovação deste Decreto-Lei prendeu-se com o modelo de financiamento, tendo por base as características demográficas da população inscrita em cada Centro de Saúde, bem como o tipo de utentes em causa (número de grávidas e doentes portadores de deficiência, por exemplo) e as características geográficas (2).

Em 2005, e através do Decreto-Lei 88/2005, por meio da revogação do Decreto-Lei 60/2003, assistiu-se a uma nova mudança dos Cuidados de Saúde Primários, que lançou as bases para a reforma atualmente vigente. A revogação assenta na premissa de que o DL 60/2003 se trata de “uma tentativa falhada de melhorar o acesso dos Portugueses à saúde”, assentando num “obsoleto conceito

de verticalização dos sectores” (19) que, segundo o legislador, prejudica a flexibilidade e cariz integrador pretendidos no âmbito da saúde.

Cuidados de Saúde Primários: Enquadramento Atual

Ao longo da evolução dos cuidados de saúde em Portugal, os CSP têm sido um importante foco de atuação, refletindo uma crescente perceção da necessidade de uma abordagem global e integrada para a saúde (1).

A declaração de Alma-Ata constitui ainda hoje o documento central na orientação dos cuidados de saúde primários, considerando-os a chave que todos os povos do mundo atinjam “um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva.” (16). Apesar de esse objetivo estar por cumprir, a Declaração deve, ainda, funcionar como um guia na busca ativa de soluções para otimizar, em todas as suas vertentes, os CSP.

Assim sendo, importa atentar nos âmbitos de atuação dos Cuidados de saúde Primários, como foram explicitados na Declaração de Alma-Ata, por forma a enquadrar as suas várias vertentes de ação: educação para a saúde, cuidados materno-infantis, imunização, prevenção e tratamento de doenças endémicas e comuns, e fornecimento de medicamentos essenciais (16).

No seguimento das sucessivas reformas no âmbito da saúde em Portugal, já anteriormente exploradas, foi encetada, em 2005, pela Resolução do Conselho de Ministros nº86/2005, de 7 de Abril a Missão para os CSP (3), visando a modernização e flexibilização a nível organizacional dos CSP e implementação da contratualização e avaliação de desempenho dos seus profissionais, incluindo contratualização de indicadores de acesso (3).

As USF, unidades fulcrais no novo panorama organizativo dos CSP, regulamentadas através do Despacho Normativo 9/2006, e cuja criação se deu através do Decreto-Lei 298/2007 de 22 de Fevereiro, correspondem a uma nova perspetiva organizativa dos cuidados de saúde, constituindo-se por um pequeno

grupo de profissionais cuja dimensão se subordinará à população inscrita (Despacho Normativo nº 9/2006) e que, em articulação, procuram prestar cuidados a uma dada população (1).

Adicionalmente, o modelo das USF visa maior flexibilidade a nível de gestão, autonomia funcional e técnica (20), pautando-se por um sistema de contratualização de serviços e objetivos relacionados com parâmetros de prestação de serviços (20), com uma carteira básica, podendo serviços adicionais ser contratualizados.

São ainda preconizados três modelos de contratualização, aos quais a adesão é voluntária, representando diferentes abordagens de gestão e organizativas para as USF (1). Existem USF modelos A, B ou C, correspondendo o primeiro a uma fase de transição e o segundo a um regime completo de contratualização com remuneração base e suplementos para os profissionais. O Modelo C reserva-se a USF do sector social e privado (1),(5)

Por forma a permitir a colmatação de carências na cobertura por parte das USF, encontra-se prevista a abertura ao sector cooperativo e privado (Despacho do Ministro da Saúde nº 24101/2007).

Importa salientar que as USF são parte integrante de uma série de valências subordinadas a um determinado ACES, as unidades funcionais, a saber: Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Saúde Pública, Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e Unidade de Cuidados na Comunidade (22). Assim, as USF atuam em estreita relação com as restantes valências, de modo a prestar um vasto leque de cuidados, quer do ponto de vista curativo, quer do ponto de vista eminentemente preventivo e cuidador.

Procurando debelar alguma fragmentação aparente na rede de cuidados de saúde primários resultante das USF, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) foram criados em 2008, através do Decreto-Lei 28/2008 de 22 de Fevereiro (1),

definidos como “serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.” (22).

Os ACES encontram-se subordinados às respetivas ARS, com as quais celebram um contrato-programa com definição qualitativa e quantitativa dos objetivos do ACES, bem como dos recursos afetos à sua realização, sendo também estabelecidas as regras respeitantes à execução dos mesmos objetivos (22).

Cada ACES engloba um ou mais centros de saúde, constituídos por uma ou mais unidades funcionais das acima referidas, gozam de um elevado grau de autonomia, exercendo atividade no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença mas, também, em áreas como a vigilância epidemiológica, controlo e avaliação dos resultados e formação contínua, pré- e pós-graduada de diversos grupos profissionais²².

Foi ainda estabelecido pelo Decreto-Lei o número máximo de ACES, de 74, sendo que a cada um deles deve estar adjudicada uma população alvo entre 50000 e 200000 utentes, para otimização da prestação de cuidados, tendo em conta uma distribuição geográfica condicente com a distribuição político-administrativa do território¹ e com fatores geo-demográficos, tais como o envelhecimento e a capacidade de acesso a cuidados hospitalares da população em causa (22).

A nível de organização interna, ACES é constituído por um diretor executivo, um conselho executivo, um conselho clínico e um conselho da comunidade.²²

Ao diretor executivo cabe gerir atividades e recursos do ACES, sendo designado por membro do Governo após recomendação da ARS (22). O Conselho executivo é composto pelo diretor executivo, diretor do conselho clínico e diretor do conselho da comunidade, cabendo-lhe aprovar os planos plurianuais das várias

unidades funcionais, bem como estabelecer a ponte com a ARS e outras entidades, para promoção e otimização das atividades do ACES (22). O Conselho clínico, composto por um presidente (Médico de Medicina Geral e Familiar) e três vogais (um enfermeiro, um especialista em saúde pública e outro profissional de saúde do ACES), tem como principais incumbências a gestão de todas as questões técnicas que concernem ao ACES. Finalmente, o conselho da comunidade é composto por membros representantes das várias instituições da sociedade que se articulam com o ACES, tais como Câmara Municipal, associação de utentes do ACES, IPSS, etc (22). As funções do conselho da comunidade prendem-se com a relação recíproca entre o ACES e a comunidade em que se insere, emitindo pareceres e propondo meios de atuação, em consonância com as necessidades sempre mutáveis da sociedade que representa.

Finalmente, importa ressaltar a entidade prestadora de cuidados de saúde denominada de Unidade local de saúde (ULS). Existem atualmente 5 ULS em território nacional, e a sua missão é a de permitir uma maior articulação entre os cuidados de saúde Primários e Hospitalares (23), tendo sido, até à data, obtidos bons índices de qualidade assistencial (7) que, provavelmente, se prendem com o papel diferenciado mas articulado dos vários intervenientes do sistema face às populações-alvo (23).

Equidade no Acesso aos Cuidados de Saúde Primários: Onde nos Situamos

O “Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas” de 2013, publicado em Julho de 2014 pelo Ministério da Saúde fornece uma base para a análise da situação atual relativamente ao acesso aos CSP.

Assim, e segundo o Relatório, no ano de 2013, existiam um total de 394 USF (213 modelo A e 181 modelo B), com um total de 55 ACES, verificando-se que a maior quantidade de serviços se localizava submetida às ARS Norte e ARS Lisboa e Vale do Tejo.

O Relatório caracteriza ainda as USF e ACES “tipo” referentes ao ano de 2013, sendo que uma USF tipo apresentava (7):

Uma média de 10.964 inscritos;

Uma proporção de 90,8% de utentes com médico de família;

Um rácio de 1.659 inscritos ativos com médico atribuído, por médico;

Taxa de utilização de 66,5%

Por seu turno, um ACES tipo caracterizava-se, à data, por (7):

Uma proporção de 86,5% de utentes com médico de família;

Um rácio de 1.690 inscritos ativos com médico atribuído, por médico;

Taxa de utilização de 68,1%;

Estes dados, apesar de potencialmente desatualizados face à realidade atual, permitem-nos estabelecer uma base de comparação para analisar a evolução dos CSP no que à cobertura diz respeito, por comparação com o caso prático em análise neste documento.

Sendo os dados mais recentes datados de Abril de 2014, existiam à data 72 ACES, constituídos por 396 USF, cuja distribuição pelas respetivas ARS seguia o padrão explícito na Tabela 1 (24),(25).

Análise de Caso: ACES Maia/ Valongo

Este trabalho tem por objetivo analisar dados relativos ao funcionamento do ACES Maia/Valongo, procurando detetar eventuais diferenças no acesso aos CSP dentro do mesmo.

Caracterização organizativa e funcional

O ACES Maia/Valongo, subordinado à ARS Norte, é constituído por 5 Centros de Saúde (Maia, Águas Santas, Castelo da Maia, Valongo e Ermesinde), uma USP, uma URAP e duas Valências de SASU, encontrando-se uma na Freguesia de Ermesinde e a outra na Maia (27).

As USF e UCC Dividem-se da seguinte forma (27):

CS Maia/Águas Santas: 5 USF e 2 UCC

CS Valongo/Ermesinde: 9 USF e 2 UCC

CS Castelo da Maia: 3 USF e 1 UCC

A nível de Recursos Humanos, o ACES Maia/Valongo é composto, na sua totalidade, por 123 Médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar (107 Integrando as USF e 14 as UCSP), 156 Enfermeiros(103 integrando as USF e 17 as UCSP), 94 Assistentes Técnicos, 6 médicos de saúde pública e 1 médico de outra especialidade, afeto à USP (27).

Análise Populacional

O ACES cobre a área dos Concelhos de Valongo e Maia, abarcando uma área total de cerca de 158 km² e compreendendo uma população total de 229.164

residentes, com 216.245 inscritos no ACES, dos quais 194.474 (89.9%) estão integrados em USF (27). Os CS com maior percentagem de população idosa são o CS Águas Santas (16,05%) e o CS Ermesinde (17,05%).

A esperança de vida à nascença é superior à da Região Norte e do Continente, com valores, respetivamente, de 83,3 e 81,3 anos para os concelhos da Maia e Valongo. As taxas brutas de natalidade são de 10,2/1000 habitantes, valores superiores aos da Região Norte e Continente (27).

Seleção de Indicadores de Equidade

A seleção de indicadores procura incidir naqueles que refletem a prestação de serviços do ACES em estudo face à sua população. Deste modo, foram escolhidos os seguintes: Número total de utentes inscrito por USF, proporção de doentes por médico por CS, número de utentes sem médico por CS, número total de visitas domiciliárias, por médico ou enfermeiro, efetuadas por USF e percentagem de consultas realizadas por médico de família por utente em cada USF.

Análise estatística

A medição de desigualdades pode ser efetuada por meio da análise da Curva de Lorenz, que relaciona a percentagem cumulativa da População em estudo com a percentagem cumulativa da variável cuja desigualdade se pretende medir. Partindo da curva, é possível inferir o Coeficiente de Gini, medida numérica de desigualdade, com variação entre 0 (desigualdade mínima) e 1 (desigualdade máxima), usado nesta análise.

Resultados

Em média, considerando a totalidade do ACES, o rácio médico/doente é de 1818 doentes por médico, um pouco acima do recomendado para a prestação ótima de cuidados (1).

Verificou-se que, das USF Contempladas, 11 têm número de inscritos superior à média nacional, sendo exceções as USF IRIS, USF Viver Mais (CS C. Maia), USF Santa Justa e USF S. João Sobrado (USF Valongo).

O CS de Valongo apresenta a taxa mais alta de utentes por médico (2384), sendo que o CS Ermesinde tem a menor taxa. O índice de Gini entre os CS relativamente a este indicador é de 0,08, observando-se pouca desigualdade.

Verificou-se que o CS Maia tem a maior quantidade de utentes sem médico de família(782), verificando-se neste aspeto a maior iniquidade, com índice de Gini de 0,32 (Figura 1).

Na taxa de visitas domiciliárias por médico, verificou-se que as USF Emílio Peres, Campo e Santa Justa apresentam as menores taxas, em oposição às USF Saúde em Família, P. Rubras, Pirâmides e Alto da Maia. No que a este determinante concerne, o índice de Gini calculado foi de 0,18. (Figura 2)

A taxa de visitas domiciliárias de enfermeiro por 1000 habitantes é menor nas USF Emílio Peres (75,05), Bela Saúde (127,10) e Pedras Rubras (129,36), sendo maior nas USF Ermesinde (214,09), Lidador (195,84) e Alto da Maia (182,88), com um índice de Gini total de 0,14 (Figura 3).

Finalmente, considerando a percentagem de consultas efetuadas por médico de família, foram verificados valores maiores nas USF S. João de Sobrado (81,4), Valongo (76,7) e IRIS (75), e menores nas USF Emílio Peres (57,3), Santa Justa

(65,9) e Bela Saúde (66,3). Para este determinante, o índice de Gini calculado foi de 0,06, indicando a quase total ausência de iniquidade entre as USF em estudo (Figura 4).

Discussão de Resultados

As maiores iniquidades foram observadas a nível das taxas de população sem médico de família entre os diferentes CS e de visitas domiciliárias, tanto por médico como por enfermeiro.

Dos Centros de Saúde contemplados, o CS Maia é aquele que abrange mais população sendo que o CS Ermesinde, segundo com mais população absoluta, é aquele onde se verifica menor taxa de doentes sem médico de família.

Adicionalmente verifica-se que, para todos os CS contemplados, a maior quantidade de doentes sem médico de família pertence à faixa etária entre os 15-64 anos podendo esta desigualdade refletir a insuficiência de políticas de sensibilização e aproximação a um estrato etário com menor necessidade premente de recorrer aos serviços de saúde de modo “Curativo” (A população pediátrica e geriátrica têm, quer por questões de vigilância periódica, quer por maior carga de doença, mais “motivos” para recorrer espontaneamente aos serviços de saúde).

Considerando as consultas domiciliárias efetuadas por médico, existem ligeiras desigualdades entre as Unidades que, considerando o tema em análise, se revestem de particular importância, na medida em que as consultas domiciliárias podem, em muitos casos, constituir as únicas hipóteses de acesso rotineiro e célere a cuidados de saúde. Assim, saliente-se a USF Emílio Peres que, com uma população total de 15520 inscritos, efetuou 12,18 consultas domiciliárias por cada 1000 e, no extremo oposto, a USF Saúde em família. As diferenças observadas podem ser explicadas por questões geográficas ou populacionais, a serem caracterizadas futuramente, nomeadamente com um levantamento da população que mais necessita de apoio domiciliário. Questões semelhantes podem ser levantadas em relação às visitas domiciliárias de enfermagem, considerando ainda

que estas se revestem sobretudo de um cariz eminentemente ligado aos cuidados continuados e apoio domiciliário a utentes e respetivas famílias.

Nos restantes indicadores, não foram detetadas iniquidades de maior relevância, podendo até afirmar-se que o ACES em estudo apresentam alguns índices de equidade próximos do ideal. A título de exemplo vejamos a proporção de doentes para cada médico nas diferentes unidades do ACES que, apesar de em média ultrapassar o recomendado para a prestação ideal de serviços¹, apresenta uma distribuição equitativa, bem como a percentagem de consultas efetuadas em cada USF por médico de família. À análise destes indicadores positivos deve aliar-se a compreensão da contratualização como fator promotor de uniformidade e adaptação de cada USF à realidade em que se insere, procurando servir como fator de diminuição de eventuais iniquidades no desempenho e, conseqüentemente, no acesso de toda a comunidade a CSP de qualidade.

Como limitações deste estudo, podem ser apontadas a insuficiência de dados quanto a fatores definitivos no acesso à saúde, como os referentes a redes viárias, meios de transporte e estratificação detalhada da população alvo por nível económico, podendo estes dados auxiliar na compreensão dos resultados observados.

Adicionalmente, ficou patente durante a elaboração deste trabalho a disparidade de dados disponíveis, existindo por vezes variações na ordem dos milhares em atributos tais como a população. Para contornar esta limitação optou-se por utilizar dados oficiais disponibilizados pelo ACES.

Em estudos futuros, importará cada vez mais integrar na análise fatores inerentes à geografia em análise, tais como redes viárias e de transportes públicos, como forma de capacitar uma atuação política global e não apenas focada na dimensão “Saúde”.

Assim sendo, na análise do ACES Maia Valongo é possível observar um nível de equidade satisfatório, que em grande parte se deve à contratualização preconizada pela atual reforma dos CSP, garantindo, por exemplo, que a distribuição geográfica não afeta determinantes essenciais, como a quantidade de Consultas de médico de família disponíveis e a proporção entre médicos e população de um determinado local. No caso contemplado, ressaltaria como de particular importância a aproximação entre as diferentes USF e o seu universo de utentes, como forma de diminuir a quantidade de doentes sem médico de família atribuído. A elaboração de um levantamento global acerca das necessidades de visitas domiciliárias em todo o território do ACES permitiria uma otimização dos recursos, diminuindo assim as diferenças observadas que, apesar de pequenas, se revestem de alguma importância.

Finalmente, penso ser cada vez mais necessária uma sensibilização global para a questão da equidade no acesso à saúde, sendo que apenas com uma preocupação alargada a toda a sociedade é possível debelar um problema que radica em causas económicas, políticas, geodemográficas e sociais, refletindo-se na saúde das populações e na sua capacidade de usufruírem da melhor forma possível de uma vida na plenitude das suas várias dimensões.

Bibliografia

1. Nunes, R. Regulação da Saúde, 2ª Edição. Vida Económica, 2009
2. Barbosa, P., O impacto das políticas de saúde na satisfação dos utentes e no acesso aos cuidados de saúde primários, 2009
3. Pereira, T., Unidades de Saúde Familiar – A evolução na Gestão dos Cuidados de Saúde em Portugal, 2011
4. Browne et al., Closing the Health equity Gap: evidence-based strategies for primary health care organizations. International journal for Equity in Health, 2012
5. XIII Conferência Ibero-Americana de Ministras e Ministros da saúde, 2011, Luque, Paraguay
6. WHO. The World Health Report, 2008
7. Ministério da saúde. Relatório Anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e unidades convencionadas (2013) , 2014
8. WHO, Social Determinants of Health, 2012
9. Braveman, P; Guskin, S. , Defining equity in health. J Epidemiology Community Health, 2003 : p. 254-258
10. Clark, J.P.; Bierman, A.S; Performance Measurement and Equity. BMJ, 2007. 334: p.1333-4
11. Direcção Geral de Saúde, Plano Nacional de Saúde 2012-2016; 3.2 Eixo estratégico- Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde
12. WHO. Constitution of the World Health Organization, 1946
13. Whitehead, M., The concepts and principles of equity and health, WHO regional offices for Europe

14. OMS Portugal, Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório final da Comissão para os determinantes sociais da saúde. 2010
15. Biscaia, A., A Reforma dos CSP e reforma do Pensamento. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2006. 22.
16. Declaração de Alma-Ata, 1978 Alma-Ata, URSS
17. Ministério da Saúde. Lei de Bases da Saúde. 1990: Lisboa, Portugal
18. Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº 60/2003. 2003: Lisboa, Portugal
19. Ministério da Saúde, Decreto-Lei 88/2005. 2005: Lisboa, Portugal
20. ACSS, Modelos Organizacionais das USF, 2015
21. Ministério da Saúde, Despacho Normativo 9/2006. 2006: Lisboa, Portugal
22. Governo de Portugal, Decreto-Lei nº28/2008. 2008: Lisboa, Portugal
23. ACSS, Unidades Locais de Saúde, Modalidades de Pagamento, 2009
24. ARS Algarve, Plano de Actividades, 2014
25. BIUSF, 2014 [cited 2014 18/09/2014].
26. INE, Census 2011. 2011
27. ARS Norte, Plano de desempenho ACES Grande Porto III – Maia/Valongo

ARS	nº ACES/ULS	Nº USF	População abrangida pela ARS (26)
Norte	22/3	206	3.689.682
Centro	16	47	1.737.216
LVT	22	127	3.659.868
Alentejo	6	15	501.747
Algarve	3	9	451.006

Tabela 1, adaptado de INE, Census 2011 e BIUSF,2014.

Nesta tabela estão elencados o número de valências distribuídas por cada ARS, bem como a população abrangida

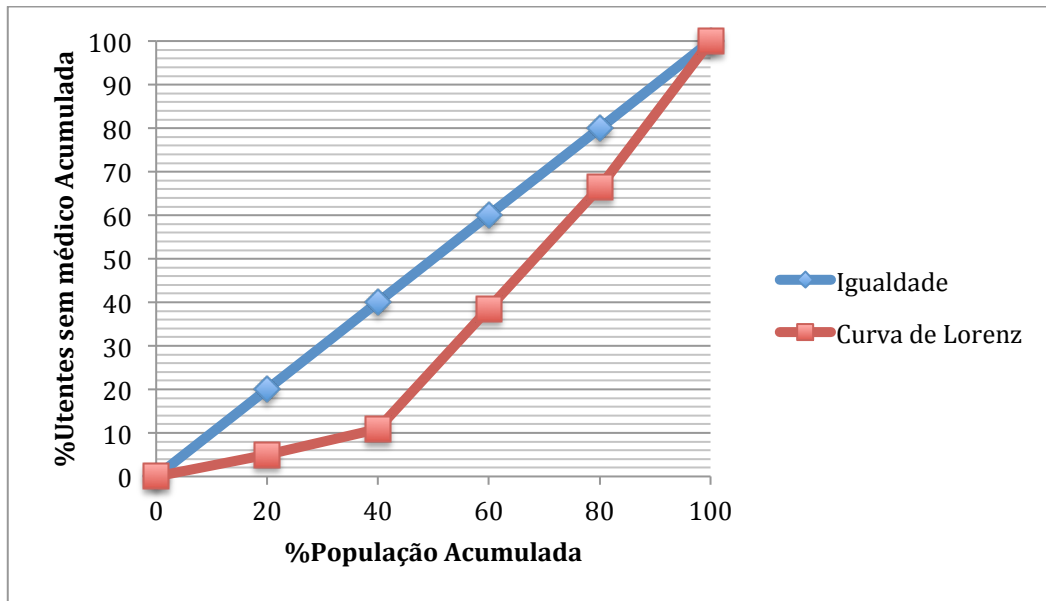


Figura 1: Curva de Lorenz relativa à Percentagem de doentes sem médico de família atribuído.

O índice de Gini correspondente a esta curva de Lorenz é de 0,34

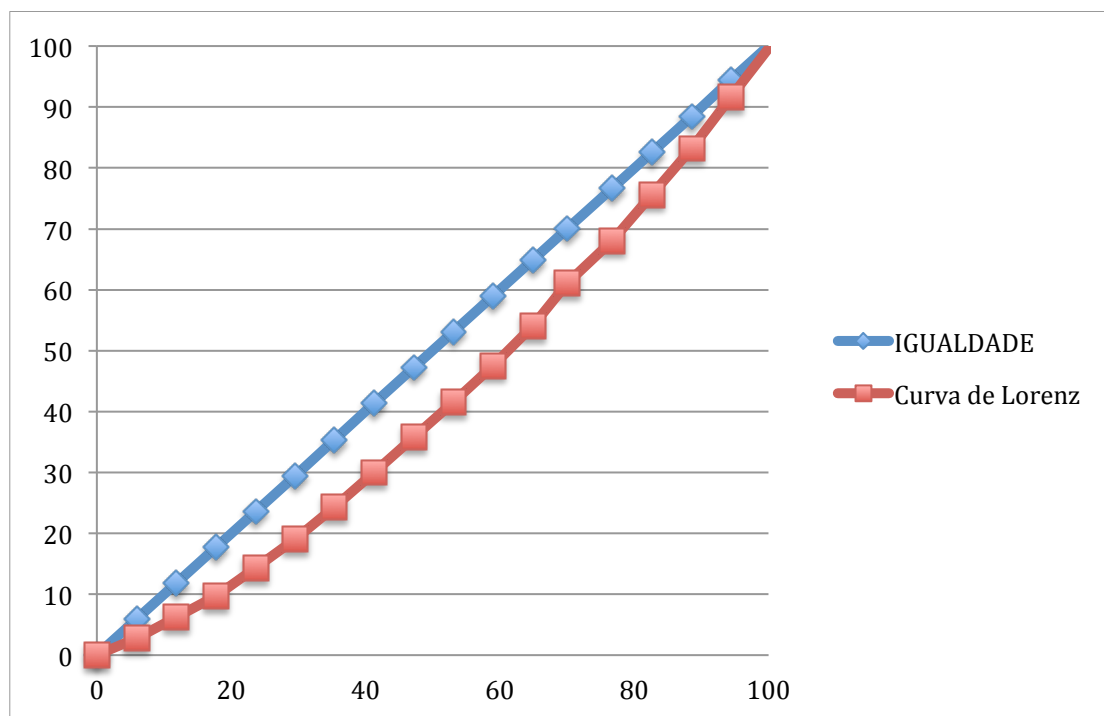


Figura 2: Curva de Lorenz relativa à taxa de visitas domiciliares realizadas por médico.

O índice de Gini correspondente a esta curva de Lorenz é de 0,18.

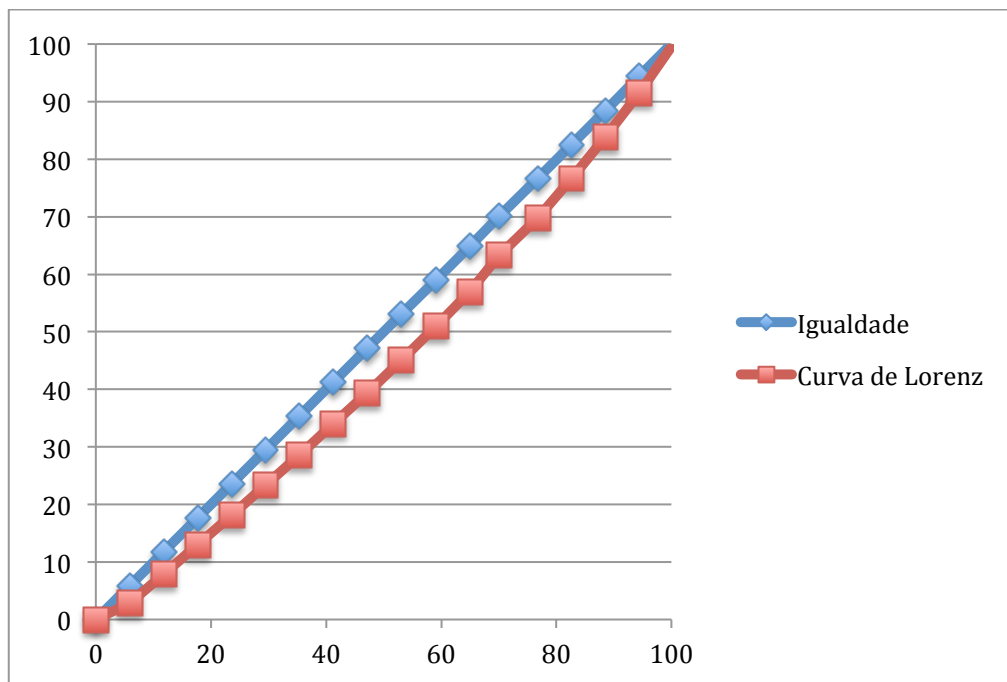


Figura 3: Curva de Lorenz relativa à taxa de visitas domiciliárias realizadas por enfermeiro.

O índice de Gini correspondente a esta curva de Lorenz é de 0,14

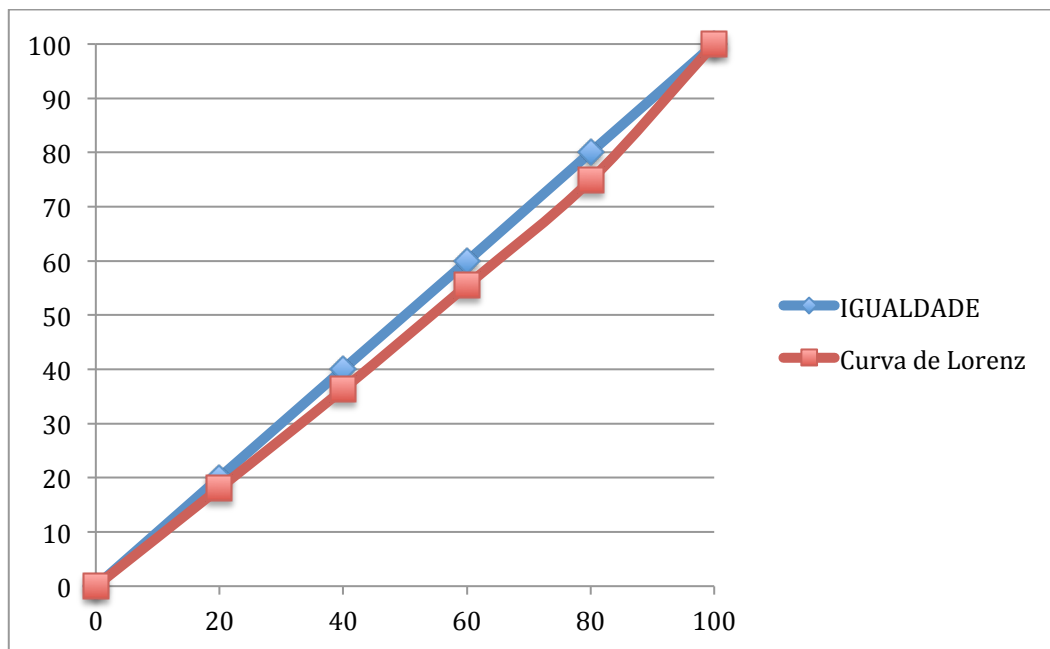


Figura 4: Curva de Lorenz relativa à percentagem de consultas efetuadas por médico de família.

O índice de Gini correspondente a esta curva de Lorenz é de 0,06

AGRADECIMENTOS:

À minha família da Faculdade que, durante estes anos, me ensinou o valor da irmandade, por serem infalíveis em todos os momentos.

À Doutora Guilhermina Rêgo, pelo apoio e tempo dispendidos e por toda a ajuda ao longo da produção desta Tese de Mestrado.

À Professora Isabel Moreira, porque as promessas são para cumprir.

Instruções aos Autores

Estas instruções seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (disponível em URL: www.icmje.org).

Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam investigação original nas diferentes áreas da medicina, favorecendo investigação de qualidade, particularmente a que descreva a realidade nacional.

Os manuscritos são avaliados inicialmente por membros do corpo editorial e a publicação daqueles que forem considerados adequados fica dependente do parecer técnico de pelo menos dois revisores externos. A revisão é feita anonimamente, podendo os revisores propor, por escrito, alterações de conteúdo ou de forma ao(s) autor(es), condicionando a publicação do artigo à sua efectivação.

Todos os artigos solicitados serão submetidos a avaliação externa e seguirão o mesmo processo editorial dos artigos de investigação original.

Apesar dos editores e dos revisores desenvolverem os esforços necessários para assegurar a qualidade técnica e científica dos manuscritos publicados, a responsabilidade final do conteúdo das publicações é dos autores.

Todos os artigos publicados passam a ser propriedade dos ARQUIVOS DE MEDICINA. Uma vez aceites, os manuscritos não podem ser publicados numa forma semelhante noutros locais, em nenhuma língua, sem o consentimento dos ARQUIVOS DE MEDICINA.

Apenas serão avaliados manuscritos contendo material original que não estejam ainda publicados, na íntegra ou em parte (incluindo tabelas e figuras), e que não estejam a ser submetidos para publicação noutros locais. Esta restrição não se aplica a notas de imprensa ou a resumos publicados no âmbito de reuniões científicas. Quando existem publicações semelhantes à que é submetida ou quando existirem dúvidas relativamente ao cumprimento dos critérios acima mencionados estas devem ser anexadas ao manuscrito em submissão.

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

De acordo com uma avaliação efectuada sobre o material apresentado à revista os editores dos ARQUIVOS DE MEDICINA prevêm publicar aproximadamente 30% dos manuscritos submetidos, sendo que cerca de 25% serão provavelmente rejeitados pelos editores no primeiro mês após a recepção sem avaliação externa.

TIPOLOGIA DOS ARTIGOS PUBLICADOS NOS ARQUIVOS DE MEDICINA

Artigos de investigação original

Resultados de investigação original, qualitativa ou quantitativa.

O texto deve ser limitado a 2000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 4 tabelas e/ou figuras (total) e até 15 referências.

Todos os artigos de investigação original devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Publicações breves

Resultados preliminares ou achados novos podem ser objecto de publicações breves.

O texto deve ser limitado a 1000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As publicações breves devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Artigos de revisão

Artigos de revisão sobre temas das diferentes áreas da medicina e dirigidos aos profissionais de saúde, particularmente com impacto na sua prática.

Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam essencialmente artigos de revisão solicitados pelos editores. Contudo, também serão avaliados artigos de revisão submetidos sem solicitação prévia, preferencialmente revisões quantitativas (Meta-análise).

O texto deve ser limitado a 5000 palavras, excluindo referências e tabelas, e apresentar um máximo de 5 tabelas e/ou figuras (total). As revisões quantitativas devem ser organizadas em introdução, métodos, resultados e discussão.

As revisões devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada, devendo ser estruturados no caso das revisões quantitativas.

Comentários

Comentários, ensaios, análises críticas ou declarações de posição acerca de tópicos de interesse na área da saúde, designadamente políticas de saúde e educação médica.

O texto deve ser limitado a 900 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

Os comentários não devem apresentar resumos.

Casos clínicos

Os ARQUIVOS DE MEDICINA transcrevem casos publicamente apresentados trimestralmente pelos médicos do Hospital de S. João numa selecção acordada com o corpo editorial da revista. No entanto é bem vinda a descrição de casos clínicos verdadeiramente exemplares, profundamente estudados e discutidos. O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

Os casos clínicos devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 120 palavras cada.

Séries de casos

Descrições de séries de casos, tanto numa perspectiva de tratamento estatístico como de reflexão sobre uma experiência particular de diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As séries de casos devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Cartas ao editor

Comentários sucintos a artigos publicados nos ARQUIVOS DE MEDICINA ou relatando de forma muito objectiva os resultados de observação clínica ou investigação original que não justifiquem um tratamento mais elaborado.

O texto deve ser limitado a 400 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

As cartas ao editor não devem apresentar resumos.

Revisões de livros ou software

Revisões críticas de livros, software ou sítios da internet.

O texto deve ser limitado a 600 palavras, sem tabelas nem figuras, com um máximo de 3 referências, incluindo a do objecto da revisão.

As revisões de livros ou software não devem apresentar resumos.

FORMATAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A formatação dos artigos submetidos para publicação nos ARQUIVOS DE MEDICINA deve seguir os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Todo o manuscrito, incluindo referências, tabelas e legendas de figuras, deve ser redigido a dois espaços, com letra a 11 pontos, e justificado à esquerda.

Aconselha-se a utilização das letras Times, Times New Roman, Courier, Helvetica, Arial, e Symbol para caracteres especiais.

Devem ser numeradas todas as páginas, incluindo a página do título.

Devem ser apresentadas margens com 2,5 cm em todo o manuscrito. Devem ser inseridas quebras de página entre cada secção.

Não devem ser inseridos cabeçalhos nem rodapés.

Deve ser evitada a utilização não técnica de termos estatísticos como aleatório, normal, significativo, correlação e amostra.

Apenas será efectuada a reprodução de citações, tabelas ou ilustrações de fontes sujeitas a direitos de autor com citação completa da fonte e com autorizações do detentor dos direitos de autor.

Unidades de medida

Devem ser utilizadas as unidades de medida do Sistema Internacional (SI), mas os editores podem solicitar a apresentação de outras unidades não pertencentes ao SI.

Abreviaturas

Devem ser evitados acrónimos e abreviaturas, especialmente no título e nos resumos. Quando for necessária a sua utilização devem ser definidos na primeira vez que são mencionados no texto e também nos resumos e em cada tabela e figura, excepto no caso das unidades de medida.

Nomes de medicamentos

Deve ser utilizada a Designação Comum Internacional (DCI) de fármacos em vez de nomes comerciais de medicamentos. Quando forem utilizadas marcas registadas na investigação, pode ser mencionado o nome do medicamento e o nome do laboratório entre parêntesis.

Página do título

Na primeira página do manuscrito deve constar:

- 1) o título (conciso e descritivo);
- 2) um título abreviado (com um máximo de 40 caracteres, incluindo espaços);
- 3) os nomes dos autores, incluindo o primeiro nome (não incluir graus académicos ou títulos honoríficos);
- 4) a filiação institucional de cada autor no momento em que o trabalho foi realizado;
- 5) o nome e contactos do autor que deverá receber a correspondência, incluindo endereço, telefone, fax e e-mail;
- 6) os agradecimentos, incluindo fontes de financiamento, bolsas de estudo e colaboradores que não cumpram critérios para autoria;
- 7) contagens de palavras separadamente para cada um dos resumos e para o texto principal (não incluindo referências, tabelas ou figuras).

Autoria

Como referido nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", a autoria requer uma contribuição substancial para:

- 1) concepção e desenho do estudo, ou obtenção dos dados, ou análise e interpretação dos dados;
- 2) redacção do manuscrito ou revisão crítica do seu conteúdo intelectual;
- 3) aprovação final da versão submetida para publicação.

A obtenção de financiamento, a recolha de dados ou a supervisão geral do grupo de trabalho, por si só, não justificam autoria.

É necessário especificar na carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho. Esta informação será publicada.

Exemplo: José Silva concebeu o estudo e supervisionou todos os aspectos da sua implementação. António Silva colaborou na concepção do estudo e efectuou a análise dos dados. Manuel Silva efectuou a recolha de dados e colaborou na sua análise. Todos os autores contribuíram para a interpretação dos resultados e revisão dos rascunhos do manuscrito.

Nos manuscritos assinados por mais de 6 autores (3 autores no caso das cartas ao editor), tem que ser explicitada a razão de uma autoria tão alargada.

É necessária a aprovação de todos os autores, por escrito, de quaisquer modificações da autoria do artigo após a sua submissão.

Agradecimentos

Devem ser mencionados na secção de agradecimentos os colaboradores que contribuíram substancialmente para o trabalho mas que não cumpram os critérios para autoria, especificando o seu contributo, bem como as fontes de financiamento, incluindo bolsas de estudo.

Resumos

Os resumos de artigos de investigação original, publicações breves, revisões quantitativas e séries de casos devem ser estruturados (introdução, métodos, resultados e conclusões) e apresentar conteúdo semelhante ao do manuscrito.

Os resumos de manuscritos não estruturados (revisões não quantitativas e casos clínicos) também não devem ser estruturados.

Nos resumos não devem ser utilizadas referências e as abreviaturas devem ser limitadas ao mínimo.

Palavras-chave

Devem ser indicadas até seis palavras-chave, em português e em inglês, nas páginas dos resumos, preferencialmente em concordância com o Medical Subject Headings (MeSH) utilizado no Index Medicus. Nos manuscritos que não apresentam resumos as palavras-chave devem ser apresentadas no final do manuscrito.

Introdução

Deve mencionar os objectivos do trabalho e a justificação para a sua realização.

Nesta secção apenas devem ser efectuadas as referências indispensáveis para justificar os objectivos do estudo.

Métodos

Nesta secção devem descrever-se:

- 1) a amostra em estudo;
- 2) a localização do estudo no tempo e no espaço;
- 3) os métodos de recolha de dados;
- 4) análise dos dados.

As considerações éticas devem ser efectuadas no final desta secção.

Análise dos dados

Os métodos estatísticos devem ser descritos com o detalhe suficiente para que possa ser possível reproduzir os resultados apresentados.

Sempre que possível deve ser quantificada a imprecisão das estimativas apresentadas, designadamente através da apresentação de intervalos de confiança. Deve evitar-se uma utilização excessiva de testes de hipóteses, com o uso de valores de p, que não fornecem informação quantitativa importante.

Deve ser mencionado o software utilizado na análise dos dados.

Considerações éticas e consentimento informado

Os autores devem assegurar que todas as investigações envolvendo seres humanos foram aprovadas por comissões de ética das instituições em que a investigação tenha sido desenvolvida, de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (www.wma.net).

Na secção de métodos do manuscrito deve ser mencionada esta aprovação e a obtenção de consentimento informado, quando aplicável.

Resultados

Os resultados devem ser apresentados, no texto, tabelas e figuras, seguindo uma sequência lógica.

Não deve ser fornecida informação em duplicado no texto e nas tabelas ou figuras, bastando descrever as principais observações referidas nas tabelas ou figuras.

Independentemente da limitação do número de figuras propostos para cada tipo de artigo, só devem ser apresentados gráficos quando da sua utilização resultarem claros benefícios para a compreensão dos resultados.

Apresentação de dados numéricos

A precisão numérica utilizada na apresentação dos resultados não deve ser superior à permitida pelos instrumentos de avaliação.

Para variáveis quantitativas as medidas apresentadas não deverão ter mais do que uma casa decimal do que os dados brutos.

As proporções devem ser apresentadas com apenas uma casa decimal e no caso de amostras pequenas não devem ser apresentadas casas decimais.

Os valores de estatísticas teste, como t ou χ^2 , e os coeficientes de correlação devem ser apresentados com um máximo de duas casas decimais.

Os valores de p devem ser apresentados com um ou dois algarismos significativos e nunca na forma de p=NS, p<0,05 ou p>0,05, na medida em que a informação contida no valor de P pode ser importante. Nos casos em

que o valor de p é muito pequeno (inferior a 0,0001), pode apresentar-se como $p < 0,0001$.

Tabelas e figuras

As tabelas devem surgir após as referências. As figuras devem surgir após as tabelas.

Devem ser mencionadas no texto todas as tabelas e figuras, numeradas (numeração árabe separadamente para tabelas e figuras) de acordo com a ordem em que são discutidas no texto.

Cada tabela ou figura deve ser acompanhada de um título e notas explicativas (ex. definições de abreviaturas) de modo a serem compreendidas e interpretadas sem recurso ao texto do manuscrito.

Para as notas explicativas das tabelas ou figuras devem ser utilizados os seguintes símbolos, nesta mesma sequência:

*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.

Cada tabela ou figura deve ser apresentada em páginas separadas, juntamente com o título e as notas explicativas.

Nas tabelas devem ser utilizadas apenas linhas horizontais.

As figuras, incluindo gráficos, mapas, ilustrações, fotografias ou outros materiais devem ser criadas em computador ou produzidas profissionalmente.

As figuras devem incluir legendas.

Os símbolos, setas ou letras devem contrastar com o fundo de fotografias ou ilustrações.

A dimensão das figuras é habitualmente reduzida à largura de uma coluna, pelo que as figuras e o texto que as acompanha devem ser facilmente legíveis após redução.

Na primeira submissão do manuscrito não devem ser enviados originais de fotografias, ilustrações ou outros materiais como películas de raios-X. As figuras, criadas em computador ou convertidas em formato electrónico após digitalização devem ser inseridas no ficheiro do manuscrito.

Uma vez que a impressão final será a preto e branco ou em tons de cinzento, os gráficos não deverão ter cores. Gráficos a três dimensões apenas serão aceites em situações excepcionais.

A resolução de imagens a preto e branco deve ser de pelo menos 1200 dpi e a de imagens com tons de cinzento ou a cores deve ser de pelo menos 300 dpi.

As legendas, símbolos, setas ou letras devem ser inseridas no ficheiro da imagem das fotografias ou ilustrações.

Os custos da publicação das figuras a cores serão suportados pelos autores.

Em caso de aceitação do manuscrito, serão solicitadas as figuras nos formatos mais adequados para a produção da revista.

Discussão

Na discussão não deve ser repetida detalhadamente a informação fornecida na secção dos resultados, mas devem ser discutidas as limitações do estudo, a relação dos resultados obtidos com o observado noutras investigações e devem ser evidenciados os aspectos inovadores do estudo e as conclusões que deles resultam.

É importante que as conclusões estejam de acordo com os objectivos do estudo, mas devem ser evitadas afirmações e conclusões que não sejam completamente apoiadas pelos resultados da investigação em causa.

Referências

As referências devem ser listadas após o texto principal, numeradas consecutivamente de acordo com a ordem da sua citação. Os números das referências devem ser apresentados entre parentesis. Não deve ser utilizado software para numeração automática das referências.

Pode ser encontrada nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" uma descrição pormenorizada do formato dos diferentes tipos de referências, de que se acrescentam alguns exemplos:

1. Artigo

• Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increase risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

2. Artigo com Organização como Autor

• The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 64:282-4.

3. Artigo publicado em Volume com Suplemento

• Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Suppl 1:275-82.

4. Artigo publicado em Número com Suplemento

payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23 (1 Suppl 2):89-97.

5. Livro

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers;1996.

6. Livro (Editor(s) como Autor(es))

Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone;1996.

7. Livro (Organização como Autor e Editor)

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute;1992.

8. Capítulo de Livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press;1995. p. 465-78.

9. Artigo em Formato Electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Devem ser utilizados os nomes abreviados das publicações, de acordo com o adoptado pelo Index Medicus. Uma lista de publicações pode ser obtida em <http://www.nlm.nih.gov>.

Deve ser evitada a citação de resumos e comunicações pessoais.

Os autores devem verificar se todas as referências estão de acordo com os documentos originais.

Anexos

Material muito extenso para a publicação com o manuscrito, designadamente tabelas muito extensas ou instrumentos de recolha de dados, poderá ser solicitado aos autores para que seja fornecido a pedido dos interessados.

Conflitos de interesse

Os autores de qualquer manuscrito submetido devem revelar no momento da submissão a existência de conflitos de interesse ou declarar a sua inexistência.

Essa informação será mantida confidencial durante a revisão do manuscrito pelos avaliadores externos e não influenciará a decisão editorial mas será publicada se o artigo for aceite.

Autorizações

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores devem ter em sua posse os seguintes documentos que poderão ser solicitados pelo corpo editorial:

- consentimento informado de cada participante;
- consentimento informado de cada indivíduo presente em fotografias, mesmo quando forem efectuadas tentativas de ocultar a respectiva identidade;
- transferência de direitos de autor de imagens ou ilustrações;
- autorizações para utilização de material previamente publicado;
- autorizações dos colaboradores mencionados na secção de agradecimentos.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos aos ARQUIVOS DE MEDICINA devem ser preparados de acordo com as recomendações acima indicadas e devem ser acompanhados de uma carta de apresentação.

Carta de apresentação

Deve incluir a seguinte informação:

- 1) Título completo do manuscrito;
- 2) Nomes dos autores com especificação do contributo de cada um para o manuscrito;
- 3) Justificação de um número elevado de autores, quando aplicável;
- 4) Tipo de artigo, de acordo com a classificação dos ARQUIVOS DE MEDICINA;
- 5) Fontes de financiamento, incluindo bolsas;
- 6) Revelação de conflitos de interesse ou declaração da sua ausência;
- 7) Declaração de que o manuscrito não foi ainda publicado, na íntegra ou em parte, e que nenhuma versão do manuscrito está a ser avaliada por outra revista;
- 8) Declaração de que todos os autores aprovaram a versão do manuscrito que está a ser submetida;
- 9) Assinatura de todos os autores.

É dada preferência à submissão dos manuscritos por e-mail (submit@arquivosdemedicina.org).

O manuscrito e a carta de apresentação devem, neste caso, ser enviados em ficheiros separados em formato word. Deve ser enviada por fax (225074374) uma cópia da carta de apresentação assinada por todos os autores.

Se não for possível efectuar a submissão por e-mail esta pode ser efectuada por correio para o seguinte endereço:

ARQUIVOS DE MEDICINA
Faculdade de Medicina do Porto
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200 – 319 Porto, Portugal

Os manuscritos devem, então, ser submetidos em triplicado (1 original impresso apenas numa das páginas e 2 cópias com impressão frente e verso), acompanhados da carta de apresentação.

Os manuscritos rejeitados ou o material que os acompanha não serão devolvidos, excepto quando expressamente solicitado no momento da submissão.

CORRECÇÃO DOS MANUSCRITOS

A aceitação dos manuscritos relativamente aos quais forem solicitadas alterações fica condicionada à sua realização.

A versão corrigida do manuscrito deve ser enviada com as alterações sublinhadas para facilitar a sua verificação e deve ser acompanhada duma carta respondendo a cada um dos comentários efectuados.

Os manuscritos só poderão ser considerados aceites após confirmação das alterações solicitadas.

MANUSCRITOS ACEITES

Uma vez comunicada a aceitação dos manuscritos, deve ser enviada a sua versão final em ficheiro de Word®, formatada de acordo com as instruções acima indicadas.

No momento da aceitação os autores serão informados acerca do formato em que devem ser enviadas as figuras.

A revisão das provas deve ser efectuada e aprovada por todos os autores dentro de três dias úteis. Nesta fase apenas se aceitam modificações que decorram da correcção de gralhas.

Deve ser enviada uma declaração de transferência de direitos de autor para os ARQUIVOS DE MEDICINA, assinada por todos os autores, juntamente com as provas corrigidas.